

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O SERVIÇO SOCIAL, A UNIMED E SEU CLIENTE: CAMINHOS E
RESOLUÇÕES DADAS PELO GESTOR UNIMED AOS
QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS PELOS CLIENTES
HOSPITALIZADOS**


Krystyna Matys Costa
Coordenadora do Depto. de Serviço Social
CSF/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 03/07/03

SELAIDE ROWE CAMARGO

Florianópolis, julho de 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O SERVIÇO SOCIAL, A UNIMED E SEU CLIENTE: CAMINHOS E
RESOLUÇÕES DADAS PELO GESTOR UNIMED AOS
QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS PELOS CLIENTES
HOSPITALIZADOS**

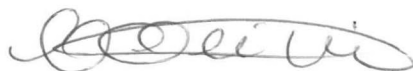
Trabalho de conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, para a obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social, elaborado pela acadêmica
Selaide Rowe Camargo.

Orientadora: Elizabeth Callado de Oliveira
Carreirão.

Florianópolis, julho de 2003.

SELAIDE ROWE CAMARGO

**O SERVIÇO SOCIAL A UNIMED E SEU CLIENTE: CAMINHOS E
RESOLUÇÕES DADAS PELO GESTOR UNIMED AOS
QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS PELOS CLIENTES
HOSPITALIZADOS**



Elisabeth Callado de Oliveira Carreirão
Professor Orientador



Dirce Maria Martinello
Assistente Social – UNIMED Florianópolis



Vera Maria Ribeiro Nogueira
Professora Mestre em Serviço Social e Doutorada em Enfermagem

Florianópolis, julho de 2003

AGRADECIMENTOS:

Momento difícil de se manifestar.

Agradecer é olhar para frente e ver que o sonho se tornou realidade.

Mas, para a sua concretização necessitamos das pessoas, que direta ou indiretamente contribuem para as nossas realizações.

A DEUS:

*Ser sublime que por suas bênçãos consegui transpor os
obstáculos e chegar aonde cheguei.*

Agora Estou Aqui, Amanhã.....

AO MARCOS, ANRÉ E JULIA:

*Pela compreensão, paciência, estímulo, carinho e
amor.*

*Por compreender meu afastamento e oferecer incentivo
e ajuda*

*Porque atrás de uma grande mulher, existe um grande
homem seguido de filhos maravilhosos.*

Amo muito vocês!!!

AOS MEUS PAIS EDVINO E SELVINA

*Por me educar e me encaminhar no mais belo caminho
da vida.*

Um eterno obrigado.

AGRADECIMENTOS

Durante o caminho percorrido para minha formação, várias pessoas contribuíram para que eu alcançasse meu objetivo final, não poderei citar nomes de todos porque seria injusta se minha memória falhasse e por ventura esquece de alguma delas.

Portanto algumas pessoas foram fundamentais para minha formação e deixo aqui meu registro de agradecimento:

Aos meus pais do coração Neusa e Régis pelo carinho e contribuição na trajetória desta conquista.

Aos meus sobrinhos Vilson e Elisabete pela especial participação e ajuda na minha formação.

Aos Professores do Departamento de Serviço Social, que me ajudaram a percorrer os caminhos.

À Assistente Social Dirce, minha supervisora de campo, pessoa amiga e eximia profissional que sempre encontrava as palavras certas para os momentos difíceis durante o estágio.

À Professora Elizabeth pela orientação e compreensão durante a elaboração deste trabalho.

À Professora Vera , dotada de um grande saber, pela contribuição no repasse de seus conhecimentos.

A todos (as) os (as) amigos (as) da UNIMED Florianópolis, em especial às minhas amigas Elisandra, Tânia, Andréa Faraco, Angelita e Eliane, pelo apoio e amizade em todos os momentos.

Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a execução deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	10
RESUMO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.1 As políticas de saúde e a cidadania.....	18
2.2 As políticas de saúde e o neoliberalismo.....	22
2.3 A assistência médica privada.....	27
2.4 Cooperativismo no Brasil.....	31
2.5 Cooperativa médica UNIMED.....	34
3 O PROJETO DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR.....	40
3.1 O serviço social como prática de mediação no atendimento hospitalar.....	42
3.2 A avaliação do projeto de humanização sob a ótica de mercado; cooperativa e responsabilidade social.....	46
3.3 A qualidade no atendimento prestado ao cliente internado.....	50
3.4 O caminho que perpassam as questões trazidas pelos clientes.....	54
3.5 A resolução dada pelo gestor aos questionamentos apresentados pelos clientes internados.....	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Hospitais Maternidades e Clínicas da grande Florianópolis visitado pelo Projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”52

Quadro 2 – Porcentagem do nível de satisfação dos clientes UNIMED entrevistados a respeito dos serviços hospitalares prestados de maio de 2001 a junho de 2003.....54

RESUMO

Este trabalho identifica a resolução dada pelo Gestor UNIMED aos questionamentos, relacionados a deficiências no atendimento, apresentados pelos clientes do plano de saúde hospitalizados. Para efetivação desse trabalho, utilizou-se referencial teórico acerca do Sistema de Saúde no Brasil, a inserção do sistema privado advindo de políticas de privatizações em um contexto neoliberal e a humanização no atendimento hospitalar. Os dados coletados através de entrevistas, observações, contatos com funcionários dos hospitais, familiares do cliente e o próprio cliente, assim como o contato com o atendimento ao cliente prestado na UNIMED e a mediação feita pelo profissional de Serviço Social permite a análise sobre a qualidade do atendimento oferecido aos usuários, internados nos treze Prestadores de Serviços, entre públicos e privados.

1 INTRODUÇÃO

Quem presta assistência à saúde é detentor de conhecimentos em favor de outra pessoa que necessita da aplicação desses conhecimentos.

Na Grécia antiga, a palavra “Paidéia” possuía um significado de priorizar a formação total do cidadão, cuidando da educação, da saúde, do ambiente, mas sobretudo das relações sociais, priorizando a preocupação com os outros e com o coletivo.

Proporcionar uma reflexão sobre o conceito de assistência médica, que hoje prioriza doenças e procedimentos, deixando em segundo plano os próprios doentes, e resgatar o caráter humanitário nas relações entre os que prestam assistência à saúde e pacientes são alguns dos desafios encontrados nos hospitais onde é desenvolvido o Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar.

A idéia do trabalho de Conclusão de Curso, surgiu a partir da prática de estágio desenvolvido pela acadêmica de Serviço Social na UNIMED Florianópolis – Cooperativa de Trabalho Médico, no período de junho de 2002 a junho de 2003, no desenvolvimento de um projeto referente a “Humanização no Atendimento Hospitalar”, ligado à superintendência da UNIMED e vinculado ao Departamento de Atendimento ao Cliente.

Esse projeto vem sendo desenvolvido há três anos, através de visitas aos clientes da UNIMED internados em treze Prestadores de Serviços Hospitalares, composto por hospitais, clínicas e maternidades, onde são trabalhados por intermédio de entrevistas os aspectos positivos, problemas e dificuldades vivenciadas pelos clientes durante o período de internação. Durante esse período percebeu-se que persistem questões sem resolutividade.

Dessa maneira pergunta-se: Qual a resolução dada pelo Gestor UNIMED as dificuldades apresentadas pelos clientes hospitalizados? Buscou-se portanto atender como objetivo geral deste trabalho;

- Analisar a resolução dada pelo gestor UNIMED as dificuldades apresentadas pelos clientes durante o período de internação nos treze Prestadores de Serviço.

E, como objetivos específicos:

- Verificar o fluxograma em que perpassam as questões levantadas pelos clientes internados em treze Prestadores de Serviço;
- Avaliar o Projeto de Humanização sob a ótica de mercado; cooperativismo e responsabilidade social da UNIMED;
- Analisar a qualidade de atendimento prestado ao cliente da UNIMED nos Prestadores de Serviço;
- Discutir se o Gestor UNIMED procura solucionar os problemas apresentados pelos clientes hospitalizados;

Para operacionalizar o trabalho proposto a partir dos objetivos sugeridos, optou-se pela pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Foram feitas entrevistas com o Coordenados Nacional de Responsabilidade Social da UNIMED do Brasil, Chefe do departamento de Vendas e com o representante do Setor de Cooperativismo. O desenvolvimento do trabalho estrutura-se da seguinte maneira:

Inicialmente, foi realizado um breve histórico sobre o sistema de saúde no Brasil; a trajetória das políticas de saúde em consonância com a cidadania; a influência da política neoliberal que propiciou as privatizações e um avanço da medicina privada na qual insere-se a cooperativa UNIMED.

Em seguida, é apresentada uma análise do desenvolvimento do Projeto de Humanização Hospitalar bem como a mediação do Serviço Social frente às dificuldades

apresentadas pelos clientes *UNIMED* durante sua internação. Nesse mesmo capítulo, apresenta-se um fluxograma por onde perpassam as dificuldades apresentadas pelos clientes internados, assim como a resolução dada pelo Gestor *UNIMED* a essas dificuldades.

Encerra-se essa Monografia de Conclusão de Curso com as considerações finais, através de reflexões adquiridas e também as limitações encontradas.

2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, será descrito de maneira sintética alguns fatos relativos à história da saúde no Brasil, na tentativa de buscar elementos que contribuam para o entendimento da situação atual dos serviços da saúde pública, bem como a inserção dos serviços de saúde privado neste contexto.

O sistema de saúde no Brasil é formado por uma extensa quantidade de instituições interligadas voltadas para o benefício da saúde. No Brasil os serviços públicos de saúde são compostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e por prestadores de serviços privados, nas suas diferentes modalidades.

“Estima-se que menos de um terço da população do Brasil não tem acesso a qualquer serviço de saúde”. (ELIAS, 1998: 64). Apesar disso a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, contemplam os princípios e diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade. Em outras palavras o SUS deveria atender a todos, com iguais direitos e cobrindo todos os diagnósticos e tratamentos.

Um problema que se encontra no setor público é a burocracia, considerada como um mal social e não como forma institucional, “vista na melhor das hipóteses como estupidamente inflexível e na pior das hipóteses como indiferente e irresponsável”.(DONAHUE, p.58)

Os serviços públicos de saúde considerados de segunda qualidade, burocratizados e não lucrativos, são destinados às camadas mais pobres da população. O poder público assume, no entanto, também, os serviços de maior custo, como a manutenção e compra de

equipamentos da rede hospitalar, que são utilizados pelos serviços privados de assistência médica os quais aparecem como eficazes e rápidos. FALEIROS (1985).

Para a parcela da população que não tem condições de utilizar o sistema de saúde privado, a assistência é prestada por instituições pertencentes ao Governo ou por entidades não-governamentais. Esses serviços são financiados por contribuições oriundas basicamente de receitas tributárias. Algumas instituições ainda contam com auxílio de doações e recursos do setor privado captados por fundações associadas.

Em função da política econômica neoliberal vigente no país, que prioriza as privatizações, apresenta carência ou má utilização dos recursos do setor público, contexto em que proliferam as alternativas privadas de assistência médica. A política neoliberal fortaleceu e fragmentou o sistema de saúde, o que por consequência surge os diversos segmentos. Ao mesmo tempo o SUS não consegue ser operacionalizado diante do contexto neoliberal e os recursos do próprio SUS são divididos sob muitas formas, inclusive com a filantropia.

O setor privado de saúde é dividido em três grupos a saber: o segmento não lucrativo, o lucrativo complementar e o lucrativo assistencial.

O segmento Privado Não Lucrativo é composto por entidades filantrópicas, como por exemplo: o Hospital de Caridade em Florianópolis e o Hospital do Coração em São Paulo. Essas instituições para receberem o certificado de filantropia são obrigadas a disponibilizar 60% dos seus leitos para o atendimento da população que utiliza o serviço de saúde do SUS. De acordo com o Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999.

O grupo Lucrativo Complementar se autodenomina Setor Supletivo de Saúde, esse Setor é formado pelas empresas de assistência médicas e seguradoras, ou seja, pelos planos de saúde.

O grupo Lucrativo Assistencial que foi criado na década de 60 pela Previdência Social com o nome "Convênio-Empresa", uma forma alternativa de prestação de serviços de saúde aos trabalhadores vinculados a Previdência Social. A Previdência transferia às empresas a responsabilidade pela assistência à saúde de seus empregados e dependentes. Sem a obrigatoriedade no fornecimento da assistência médica a Previdência Social restituía a empresa um percentual do salário mínimo por cada assalariado.

“A privatização da assistência médica é subproduto das políticas de saúde brasileiras, que não conseguiram organizar a devida atenção médico-hospitalar à população”. (RIBEIRO, 1993: 41). Essa afirmação seria para legitimar a privatização na saúde, porque a privatização não é apenas consequência da falta de atenção médico-hospitalar, mas sim faz parte de um processo político de interesses em tirar do Estado o que lhe é de responsabilidade.

A dinâmica das políticas de saúde ao longo dos anos de 1980 e 1990, permitiu crescente grau de universalização até a sua consolidação na constituição de 1988, garantindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. É correto afirmar também que essa universalização nos dias atuais se dá de forma excludente, discriminatória e seletiva a partir de mecanismos racionalizadores para diferentes cidadanias e fixada na medicina curativa em detrimento da medicina preventiva. Nesse sentido encontramos que:

[...] a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de participação da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade de recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa. (COSTA, 2000:41)

A melhoria das condições de saúde dos brasileiros requer ainda a mudança no modelo de atenção à saúde, priorizando a prevenção e a promoção, construindo um sistema eficiente, moderno, acolhedor e humanizado, no qual as ações estejam condicionadas ao

compromisso com a qualidade de vida dos indivíduos, da comunidade e do meio ambiente, através do reconhecimento do direito à cidadania.

2.1 As Políticas de Saúde e a Cidadania

Cidadania é um assunto que vem ocupando espaço em debates por todo o Brasil, principalmente através de movimentos que assumem posturas de coragem e respeito em defesa da dignidade da pessoa humana.

De acordo com FREITAS (1998), as manifestações de classes, representadas tanto por aqueles que detêm o poder quanto pelos menos privilegiados, indicam que a sociedade está passando de uma concepção de cidadania concedida para uma concepção de cidadania conquistada, característica das sociedades verdadeiramente democráticas.

Segundo SOARES (2001), uma mudança fundamental, porque ser cidadão é algo que se aprende, e que se constrói através do exercício da liberdade.

A legislação foi criada para assegurar os direitos do cidadão, mas por desconhecimento da sociedade ela acabou por contribuir para a passividade da população. Portanto, é de suma importância informar à população os direitos que ela possui. “Mais que a passividade e o conformismo, a ignorância é o maior obstáculo à plenitude da cidadania”¹

A Constituição Federal de 1988 reuniu importantes preceitos referentes ao reconhecimento dos direitos individuais, políticos e sociais, todos de fundamental importância para a construção da cidadania. Na Constituição estão definidos os direitos e deveres do cidadão. Através dessas condições é que a população deve buscar o

¹ FREITAS, Fábio Fernando Barbosa de. Cartilha da cidadania para todos. Paraíba: UFPB – Universidade Federal da Paraíba, 1998.

atendimento de suas necessidades, as quais devem refletir propostas de igualdade e universalidade, conforme prevê o artigo quinto da Constituição:

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantido-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”.

A sociedade exerce a cidadania quando tem pleno acesso aos direitos constitucionais. Como ela é formada por divisão de classes, é necessário que a população exerça a cidadania buscando conquistar seus direitos sociais, inicialmente, a partir da conscientização individual de que no exercício destes direitos, eles tornam-se capazes de transformar a sociedade na qual vivem. Mas sabemos também que mesmo quando os sistemas são mascarados como “possíveis democráticos”, as pessoas conseguem modificar e se adequar à sociedade.

Mesmo com o progresso na conquista da cidadania, através da Constituição de 1988, pouco foi realizado efetivamente para reduzir a desigualdade social. A realidade atual é marcada pela divisão de classes sociais, na qual prevalece o interesse de quem detém o poder.

Na saúde observamos que essa realidade se confirma por meio do jogo de interesse do setor privado, pelas corporações de profissionais (médicas, enfermeiras, e outros), pelos fabricantes de medicamentos e equipamentos, pela forma de atendimento que as pessoas recebem, enfim, por todos aqueles que fazem da saúde-doença um comércio lucrativo.

Quando o paciente hospitalizado é um familiar ou conhecido da pessoa cuidadora, seja ela médica ou enfermeira, o atendimento é feito de maneira muito mais qualificada. Outra questão observada durante as visitas hospitalares é de que o tempo disponibilizado por alguns médicos para pacientes com planos de saúde básicos ou sem plano de saúde é

inferior ao proporcionado para pacientes com planos de saúde completos. Uma maneira de legitimar o privado como bom e o público como não satisfatório.

Para que tenhamos de fato um processo amplo de democratização da saúde, se faz necessária à efetiva participação da sociedade no controle e nas decisões referentes aos serviços de saúde a ela prestada.

Quanto aos canais de participação da sociedade nos destinos da saúde, as leis que regulamentaram os preceitos constitucionais de 1988, Lei Orgânica da Saúde n° 8.080 e Lei n° 8.142/90 instituíram os Conselhos de Saúde, os quais são previstos para todas as esferas do Governo. Sua composição é paritária e seu poder é deliberativo. Cabe aos Conselhos de Saúde denominados “controle social”, a deliberação sobre a definição das políticas de saúde, bem como o monitoramento e a sua implementação

Controle Social diz respeito ao conjunto de recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade.... o conceito traz consigo a idéia de “fiscalização” e “punição” dos indivíduos quando não se comportam segundo as normas vigentes prescritas e sancionadas.

(Cohn, Amélia Cidadania e formas de responsabilização do Poder Público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde, caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, pg 45)

Os espaços de participação social, como os Conselhos de Saúde, recobrem somente uma fração de um leque extremamente diversificado de possibilidades de participação do cidadão. Dentre essas possibilidades estão as unidades de prestação de serviços, as quais assumem uma posição importante no processo de construção da cidadania, sendo esse processo um dos aspectos centrais da humanização no atendimento.

[...] direito à informação, direito a ser civilizadamente tratado pelos profissionais da saúde, dentre tantos outros, os Conselhos Gestores nas unidades de serviços ganham igual ou maior relevância que a existência dos Conselhos em cada esfera de Governo. É no cotidiano da relação dos sujeitos sociais com serviços públicos que se dá o aprendizado da cidadania. (apud: caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, pg 45)

Quando se tem claro que as ações e serviços de saúde não são um ato de caridade, mas um direito constitucionalmente exigível, tem início a cidadania na saúde.

Da mesma forma, além do direito à saúde, há o direito à participação nos foros de controle social do SUS, direito que os cidadãos podem e devem exercer por meio do controle, formulação das políticas, avaliação, e fiscalização das ações executadas.

No entanto, as privatizações de setores públicos da área da saúde acabam por dar ênfase ao aspecto econômico em detrimento da promoção da saúde, por esse atender a uma lógica lucrativa.

A aquisição do lucro tem sido mais importante nos dias de hoje que a vida das pessoas. Uma prova disso é o total desinteresse da indústria farmacêutica com doenças específicas da zona tropical, onde se localiza o “terceiro mundo”. De acordo com a Associação de Médicos sem Fronteiras², das mil e duzentas novas substâncias desenvolvidas entre 1975 e 1997 apenas onze eram destinadas a doenças de países pobres.

Os medicamentos produtos essenciais na vida de todos, passaram a ser meras formas de obtenção de lucro para os laboratórios privados, que investem altas quantias em remédios para países ricos, como calmantes, remédios para obesidade, impotência sexual, etc..., ou seja, remédios que não oferecem lucro não são produzidos independente da necessidade que exista em ter acesso a eles.

Através da mídia oficial como instrumento a seu favor, os grandes laboratórios criam a necessidade de consumo de remédios. Investindo muito dinheiro em propagandas e muito pouco em pesquisas.

O monopólio de indústrias farmacêuticas barra o acesso no que se refere à produção, preços e patentes, ocasiona um alto custo dos medicamentos em todo o mundo.

² ROCHA, Rafael em <<http://www.pagina13.com.br>>. Texto Neoliberalismo. Acessado em 24 de junho de 2003, 9:26.

O tão aclamado “avanço científico” só tem trazido benefícios para pequena parcela da população, causando um distanciamento cada vez maior entre pobres e ricos.

Sob a lógica econômica, a cidadania torna-se refém desse processo de privatizações da saúde como se verá a seguir.

2.2 As Políticas de Saúde e o Neoliberalismo

De acordo com LAURELL (1995) A ideologia Liberal se apresenta sob duas características, primeira: não admite como direito do homem o acesso aos bens sociais, pelo simples fato desse ser membro da sociedade, também não admite ser obrigação do Estado garanti-los.

A segunda característica é a produção – administração privada dos fatores sociais (educação, pensões, saúde, etc). Significa que os bens sociais estão submetidos à lógica do lucro.

A forma de o Estado Liberal organizar a proteção social ocasiona diferentes efeitos nos quais, de um lado, constitui um mecanismo que disciplina os trabalhadores, pois condiciona a proteção social à contribuição salarial. Por outro lado, provoca desigualdades sociais e de consumo. LAURELL (1995)

No período de 1930 até meados de 1960 assistiu-se no Brasil a associação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais cujo eixo central residiu na Previdência Social. Essa associação apresentou como característica a extensão dos direitos de proteção social, marcada pela “cidadania regulada”³ e a articulação da Política de Seguro Social comandada pela necessidade de investimentos do

³ É o fato da extensão do direito de aposentadoria, pensão e assistência médica ocorrer pelo contrato compulsório dos trabalhadores do setor privado com o seguro social estatal, de caráter contributivo, e na dependência da inserção formal no mercado de trabalho e por setores da economia. SANTOS, W G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro, Campus, 1979

Estado em setores básicos da economia, de forma a dar sustentação ao processo de industrialização.

A atuação do seguro social no período supracitado era gerida pela lógica de acumulação do capital, destinada a investimentos estatais no setor de infra-estrutura econômica e não em uma política voltada para as necessidades sociais dos trabalhadores.

Dessa forma, a priorização de determinados seguimentos na elaboração do conteúdo das políticas sociais provoca *estratificação*⁴ social entre os trabalhadores, tendo como elemento básico às desigualdades nas condições e na qualidade do trabalho, no consumo e na proteção social. Com isso não há acesso a serviços da mesma qualidade e na mesma quantidade aos trabalhadores. Para Laurell (1995, p:55) :

no campo do bem-estar social, os neoliberais sustentam que ele pertence ao âmbito privado, e que as suas fontes naturais são a família, a comunidade e os serviços privados. O estado só poderá intervir para garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que o privado não pode ou não quer produzir (...) Rechaça-se o conceito de direitos sociais e a obrigação da sociedade em garanti-los através da ação estatal. O neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais.

O Brasil hoje é um Estado comprometido com ajustes econômicos e transfere para a sociedade a tarefa do enfrentamento das desigualdades sociais. A lógica do Estado Mínimo ou política neoliberal tem como característica a redução drástica dos poderes e do campo de atividade do Estado, no qual esse ficaria limitado a cuidar de obrigações básicas como saúde, habitação e educação, deixando ao Mercado a condução dos negócios da economia.

Sob essa lógica, encontramos um abismo entre direitos e possibilidades efetivas de acesso à saúde, e várias proposições em relação a esta sendo colocadas em prática com a

⁴ Estratificação: aqui entendida no sentido de “não experimentar mudanças” – Ximenes, Sérgio. Minidicionário da Língua Portuguesa. Ediouro, 2000.

lógica de redução de custos, introdução da competição entre prestadores de assistência à saúde, controle sobre quantidade e preço de insumos, tabelas de pagamentos, entre outros.

Uma grave consequência da política neoliberal reside no fato de que, reduzindo a saúde à lógica de mercado, avalia-se somente a relação custo/benefício, como se fosse possível desconsiderar suas particularidades e acreditar na viabilidade dos usuários escolherem o momento de ficar doente e a especialidade médica que irá precisar.

Nos anos setentas o mundo capitalista entrou em crise e as idéias neoliberais ganharam força. Os neoliberais para conter a crise propuseram a criação de um exército de reserva de trabalho e a formação de um Estado forte para controlar o poder dos sindicatos – *causadores da crise*, segundo Hayek⁵, *por possuírem o poder de manifestação através de reivindicações sobre salários e pressão para que o Estado aumentasse cada vez mais com os gastos sociais*.

Nessa época os governos neoliberais adotaram medidas de elevação dos juros, criaram níveis de desemprego, impuseram uma nova legislação anti-sindical, cortaram gastos sociais e por fim, lançaram um programa de privatizações.

Os recursos da Previdência Social eram investidos com exclusividade em empresas estatais, ou naquelas em que o Estado era acionista majoritário.

Reduzir o Estado a mínimas proporções, deixando tarefas e funções que não dão lucro, ou seja, serviços indispensáveis à ordem pública. Para ganhar corpo e opinião pública, essa tese assumiu proporções de intensa campanha de desmoralização do Estado e dos serviços públicos e estatais, como inoperantes e funcionando como entraves ao progresso, palavra de ordem adotada pela mídia.

A “modernidade” em que o país tardava em ingressar, representava o caminho único para atingirmos o primeiro mundo.

⁵ LAURELL, Asa Cristina (org) Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.

O sucateamento da rede hospitalar, a destruição do ensino público, o abandono já antigo do transporte ferroviário e por água, mais eficientes e baratos, o desemprego e, outras tantas foram consequência dessa política batizada de "modernidade".

Com uma urgência já por si suspeita, batiam o martelo e passavam às mãos de grupos já bem instalados no mercado, as empresas públicas em áreas onde o Estado se fazia presente na produção, com eminente papel, como o caso das Siderúrgicas.

Esses grupos ainda lançaram mão das chamadas "moedas podres", correspondendo no final a grandes "doações" do patrimônio público. Este processo acelerou a concentração de renda, aumentou o desemprego, debilitou o patrimônio público e não reduziu o déficit público.

Nesse período intensificou-se o avanço das lutas democráticas no País, as quais promoveram significativos desdobramentos na área da saúde como: a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976 e da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979.

No ano de 1980, o Governo lançou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV – Saúde), que não chegou a ser efetivado por falta de força política.

Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), numa tentativa de integrar as políticas de saúde. Em meados de 1987, foi lançado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), mas apenas a promulgação da Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990, contemplou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Princípios estes expostos a seguir:

- Universalidade: garantia de acesso de qualquer cidadão a todas as ações e serviços de saúde, seja este público ou contratado pelo Poder Público;
- Equidade: direito de todos, e deve ser distribuído igualmente, assegurando ações e serviços em todos os níveis necessários, de acordo com a necessidade de cada cidadão;

- **Integralidade:** reconhece que cada indivíduo se constitui numa totalidade, sendo assim, um todo indivisível e integrante de uma comunidade, da mesma forma, as ações e serviços de saúde constituem-se como um todo, capaz de prestar assistência integral;
- **Racionalidade:** os serviços devem ser organizados de acordo com as necessidades da população a ser atendida, devendo ser organizadas em níveis de complexidade tecnológica crescente, onde a população terá acesso direto aos serviços menos complexos, e, quando necessário, são encaminhados para serviços mais complexos;
- **Resolubilidade:** quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço precisa estar capacitado técnica e administrativamente para atender e resolver de forma qualificada todas as necessidades apresentadas por sua demanda.
- **Descentralização:** é a redistribuição do poder decisório sobre as ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de dar certo;
- **Participação:** garantia constitucional de que a população poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o municipal, essa participação deve ser dar através de entidades representativas da população.

De acordo com COHN (1994) nos anos de 1990, os meios de comunicação já veiculavam notícias sobre a assistência médica individual em que ressaltavam questões como: hospitais públicos superlotados, sem equipamentos, sem medicamentos e com déficit de profissionais; hospitais privados recusando pacientes de baixo poder aquisitivo oriundos da Seguridade Social, dado que o Estado remunera mal os serviços prestados pelo setor privado e paga com atrasos significativos.

A saúde é um direito expresso na Constituição Federal e para que seja exercido como ato de conquista da cidadania é fundamental que os serviços de atenção à saúde o executem de maneira eficaz. O SUS foi gerado em um período em que o país passava por um processo de redemocratização, porém, não passou a ser efetivado da forma de sua essência, dando espaço para inserção de políticas neoliberais.

O avanço do neoliberalismo no Brasil provoca, entre outras consequências, a negação dos direitos sociais, duramente conquistados em 1988, a retração do tamanho do Estado e a sua desregulamentação.

A tese que aponta o Estado como expressão do atraso e sua redução como premissa indispensável ao progresso e à modernidade, ampara-se no pressuposto de que a intervenção do Estado na economia é nociva e imoral. As funções do Estado deveriam ser reduzidas ao mínimo, cabendo-lhe apenas presidir, sem intervir, o livre desenvolvimento das forças de mercado.

Através do desmonte da Saúde Pública houve um fortalecimento das cooperativas médicas, sendo que as Políticas Públicas de Saúde não conseguem atender, efetivamente, as demandas da sociedade, abrindo espaço para a criação de serviços privados de assistência médica.

2.3 A Assistência Médica Privada

A apresentação do mercado como potentado mítico, dotado de mágicos poderes, é desconectada da realidade. O Estado sempre teve intervenção na economia, no Brasil e no mundo, simplesmente pelo fato de existir.

A Medicina Mercantil surgiu a partir de um segmento que viria a ser ocupado pela medicina de grupo. O interesse dessas empresas está no lucro proporcionado por uma oportunidade de negócio, o qual era a assistência à saúde.⁶

A Constituição de 1988 definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isto deve ser dar sob três condições:

- a celebração do contrato conforme as normas de direito público;
- a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde;
- a integração dos serviços privados deverá se dar na maneira lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

A realidade vivenciada é de que quando a assistência médica privada não tem condições ou suporte para atender sua demanda é repassada para o Sistema Único de Saúde.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (hospitais filantrópicos e Santas Casas), conforme determina a Constituição.

Desta forma, cada gestor deverá planejar em primeiro lugar o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização do SUS.

Nos anos de 1990, no governo de Fernando Collor de Mello, foi criado um pano de fundo econômico e político que delineou os rumos da política de saúde naquele período, estando em jogo a disputa de dois projetos antagônicos:

1 – O hegemônico (projeto neoliberal), representado pela proposta conservadora de reciclagem do modelo médico – assistencial privatista;

⁶ MEMORIAL UNIMED 30 ANOS. Cooperativismo médico: a história e êxito de um ideal. São Paulo. 2000.

2 – O contra hegemônico, representado pela reforma sanitária e a implementação do SUS.

Por baixo do aparente consenso de sucesso da reforma sanitária, o projeto neoliberal foi se consolidando, enraizado no modelo médico assistencial privatista hegemônico na década de 1980.

Esse projeto neoliberal criou um sistema privado forte e com baixa regulação pelo Estado, o da atenção médica supletiva, que se consolidou pelo tipo de financiamento (sem recursos e dependência direta do Estado) e por sua expansão a custa da perda de qualidade do setor público.

A extinção do Instituto Nacional de Medicina Previdenciária (INAMPS) e, a migração dos trabalhadores para o SUS, acarretou sobrecarga no sistema público de saúde, cuja demanda não foi absorvida. Como consequência houve queda acentuada na qualidade dos serviços que já vinham sendo prestados precariamente. Essa situação favoreceu sobremaneira a busca por alternativas de atenção à saúde, destacando-se entre elas, os planos privados.

A Assistência Médica suplementar pode ser entendida através de Bahia (2001, p:325) que, “existe um serviço público de caráter obrigatório que permite a opção de pagar um seguro privado, a despeito da manutenção da obrigatoriedade da contribuição para o seguro social”. Encontramos então as empresas médicas⁷

Para Donahue (1992, p:19) “escolher o tipo certo de organização requer freqüentemente a comparação das alternativas pública e privada, pelo critério da

⁷ Duarte, 2001 p.363 nos traz em seu texto a explicação de quatro modalidades de empresas médicas: Os Planos Próprios das Empresas (autogestão) os quais se caracterizam pela assistência direta das empresas e contribuições dessas para o financiamento do plano; As Medicinas de Grupo que foram criadas por proprietários ou sócios de hospitais, a partir das alterações nas relações entre grupos médicos, empresas médicas e o Estado; A seguradora, modalidade mais recente no mercado de planos e seguros saúde, e por fim as Cooperativas Médicas.

eficiência”. De acordo com esse autor, essa comparação traz problema para a área governamental, pois a eficiência esta diretamente ligada à responsabilidade, que é um aspecto fundamental para a existência de uma sociedade, só que autoridades públicas não estão atribuindo a devida responsabilidade ao social, deixando de lado os interesses da sociedade, para satisfazer seus próprios interesses.

Observa-se porém uma complementação mútua, uns dependem dos outros para certos serviços, como por exemplo, muitas empresas de saúde utilizam-se dos hospitais públicos, através de convênios com o Estado, para atender as necessidades de seus usuários FALEIROS (1985). E Anjos (2002: 22) nos afirma que:

[...] a relação entre o setor público e o setor privado de saúde remetem-se à troca de favores, principalmente no que diz respeito à atenção terciária à saúde: o setor público e/ou privado de prestação de serviços (hospitais, laboratórios e clínicas) abre seu espaço para os clientes que possuem planos de saúde privados através de convênios por inexistência de espaço próprio. Em que as taxas pagas pelos convênios são superiores às cobradas do Estado, e que de certa maneira, contribui para a manutenção e alocação de recursos extras.

A supremacia do setor privado em relação ao setor público traz questionamentos nos dias de hoje e Silva (apud ANJOS 2002, p:22) discutiu em uma pesquisa a possível parceria entre setor público e setor privado na cidade de São Paulo, em que o autor conclui:

Uma das mais sugestivas conclusões da pesquisa indica que a eficácia da gestão pública esbarra em obstáculos internos, isto é, inerentes às práticas, às tradições e ao aparato jurídico-institucional do próprio setor público. A pesquisa porém, também conclui que não se pode extrair desse fato à convicção maniqueísta de que o setor público estatal encarne toda a ineficiência e toda a ineficácia, ao passo que a gestão privada contenha sempre a melhor solução para todos os problemas gerenciais e administrativos.

Para estabelecer normas e critérios para o funcionamento dos planos de saúde privados de assistência à saúde, foi promulgada em 03 de junho de 1998 a Lei nº 9.656. A partir de então problemas de operacionalização existentes com coberturas dos contratos, advindos de consumidores, foram regulamentados, uma vez que os usuários do plano de saúde “[...] procuravam o PROCON para as reclamações de abusos cometidos pelas empresas privadas”. (FONSECA 2002, p:29)

Em 2000 criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma reguladora estatal com o objetivo de fiscalizar as operadoras de planos e seguros privados de saúde.

Através da política vigente no Brasil hoje, verificamos que o SUS tem sido desvalorizado pelo Estado, o qual atende mais aos interesses do setor privado do que os da população, em contrapartida os usuários do sistema de saúde privado precisam submeter-se às regras contratuais para a utilização dos serviços e que está vinculado aos valores pagos pelas mensalidades dos planos de saúde.

As regras contratuais estão diretamente relacionados aos procedimentos e às coberturas contemplados nos planos de saúde, assim como, dependendo da acomodação hospitalar que o cliente possui a remuneração pelo atendimento médico se diferencia. ANJOS (2002)

A prática de estágio se deu em uma instituição de assistência médica privada, no caso a UNIMED Florianópolis, que segue os princípios cooperativistas.

2.4 O Cooperativismo no Brasil

Os precursores do cooperativismo são representados pelos homens que se dedicaram a buscar uma forma mais adequada de organizar as sociedades em épocas de grandes mudanças. As quais “são sempre acompanhadas de grandes problemas sociais, tais

como: desemprego, instabilidade econômica, incertezas, medo, fome, violência, entre outros males que afetam a sociedade nos dias atuais”. Nascimento (2000:46)

Para se alcançar o sucesso é necessário percorrer um caminho no qual inúmeras possibilidades são tentadas, com o cooperativismo não foi diferente.

O sucesso veio segundo Pinho (apud GONÇALVES 2001:13) em 24.12.1844 em Rochdale (distrito de Lancashire, na Inglaterra), devido às iniciativas de 28 tecelões que buscavam um meio de melhorar suas condições sociais e econômicas e que, através da inauguração de um armazém organizado e regido por normas estatutárias objetivavam:

- a) formação de capital para emancipação dos trabalhadores, mediante economias realizadas com a compra em comum de gêneros alimentícios;
- b) construção de casas para fornecer habitação a preço de custo;
- c) criação de estabelecimentos industriais e agrícolas com duplo objetivo: produzir direta e economicamente tudo o que fosse indispensável às necessidades dos trabalhadores, e assegurar trabalho aos operários desempregados ou que percebiam baixos salários;
- d) educação e luta contra o alcoolismo;
- e) comercialização somente a dinheiro, para que os cooperados só assumissem compromissos dentro de suas possibilidades orçamentárias, e evitando o crédito, que considerava um “mal social”;
- f) cooperação integral.

No Congresso da Aliança Internacional (ACI), realizada em Leiga (França), em 1923, adotou-se como símbolo universal do cooperativismo o arco-íris, que simboliza a busca da felicidade. O cooperativismo representa a eterna busca de equilíbrio e

responsabilidade, entre necessidade de sobreviver sem perder a liberdade e o desenvolvimento profissional⁸

No Brasil alguns estudiosos atribuem a origem do cooperativismo a algumas formas de mutirão (*morirô*, *murixon*, em tupi), mas o que impulsionou de fato a disseminação das cooperativas foi experiências trazidas por imigrantes europeus. Irion (1997:43) afirma que há indícios de que a experiência cooperativista teve início no Brasil no final do século XIX, em áreas rurais.

No Brasil, em 1902, um padre jesuíta Theodoro Amstad estabeleceu na cidade de Nova Petrópolis – Rio Grande do Sul, uma Cooperativa de Crédito de Linha Imperial. Sujeita à regulamentação legal do associativismo. A difusão do cooperativismo veio com a primeira Constituição da República de 1891.

Entretanto, faltava uma lei específica que pudesse normatizar o caráter jurídico das cooperativas. Por isso pairavam dúvidas legais sobre a verdadeira distinção entre as associações sem fins lucrativos, às sociedades anônimas e as cooperativas.

Em 06 de janeiro de 1903 surge a primeira lei cooperativista, o Decreto nº 979, que facultava aos profissionais da agricultura e indústria rurais a organização de sindicatos para defesa de seus interesses. A lei não era orgânica, figurando o cooperativismo misturado com o sindicalismo. Somente em 20 de Junho de 1907 é que foi aprovada o Decreto nº 6.532, que regulamentava a execução do Decreto nº 979.

A atual estrutura do cooperativismo brasileiro começou a ser definido com o Decreto – lei nº 59/66, que criou a Política Nacional de Cooperativismo e modificou as leis anteriores. Este Decreto-Lei foi regulamentado pelo Decreto nº 60.597/67, que instituiu o Conselho Nacional de Cooperativismo.

⁸ SINIBALDI, Hélia Regina. Revista *Unimed 30 anos*. São Paulo, 2000

A lei orgânica das sociedades cooperativas, como não é incomum na História Brasileira, foi fruto de um Decreto Federal nº 22.239, de 19 de dezembro de 1932.

Várias reformas interpõem-se entre a legislação inicial e a atual. A última insere-se no Decreto nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Além de um novo regime jurídico, numa averiguação da importância das cooperativas para a vida econômica nacional, a lei criou o Conselho Nacional de Cooperativas que não se limitou a reconhecer a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), mas lhe dedicou a função de órgão consultivo do Governo Federal.

Nos anos de 1960 uma cooperativa formada por um grupo de 21 médicos, os quais estavam envolvidos na abertura de um novo caminho para a assistência médica no Brasil, deram início às cooperativas médicas.

2.5 Cooperativa Médica UNIMED

Como um dos fundadores da UNIMED, Edmundo Castilhos na atribuição de presidente do sindicato dos Médicos, em Santos SP, promovia nos anos sessentas uma discussão dirigida à descoberta para um caminho mais viável para barrar o avanço da medicina mercantilista. Tratava-se da criação do seguro saúde comunitária, em que todos os segmentos sociais participariam.

Procurava-se em primeiro lugar a preservação da medicina liberal e a conservação da liberdade do médico decidir quais eram os meios necessários de atendimento aos pacientes. Em segundo, chamava-se pela continuidade da relação médico e paciente, o paciente deveria manter a livre escolha de médicos.

Em terceiro lugar, buscava-se à eliminação de qualquer tipo de intermediação na medicina, porque se entendeu que a preservação da ética médica só é possível na ausência

de intermediação comercial, a qual tratava a doença como redes de mercadoria capaz de gerar lucro. Mendes (apud DUARTE 2000:45) afirma que:

Com a criação do Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social – FAS, e do Plano de Pronta Ação – PPA, ambos de 1974, houve um fortalecimento do setor privado, através do estabelecimento de contratos e convênios com o setor público, garantindo ao primeiro, capital fixo, reserva de mercado e nenhuma competitividade.

Nesse contexto surge no ano de 1967, em Santos SP, o primeiro modelo de cooperativa médica do Brasil, a UNIMED, que se caracteriza como um sistema cooperativo de trabalho médico liberal e ético, fundado e dirigido por médicos.

A experiência iniciada por um pequeno grupo de médicos em Santos, demonstrou que a doutrina cooperativista era adequada ao meio médico. Logo, o modelo de cooperativismo médico irradiou-se para os demais estados do País: Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santa Catarina e Paraíba.

A primeira cooperativa médica do Estado de Santa Catarina foi criada em 1971, a partir da necessidade de uma empresa em prestar assistência médica aos seus funcionários. Baseada na experiência de Santos, logo surgiram unidades singulares em Florianópolis, Blumenau e Joinville.

No início dos anos de 1970, a classe médica desempenhava sua atividade aquém de suas possibilidades em Florianópolis. A incapacidade de o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atender a demanda da sociedade pela constituição de espaços qualificados, era o principal obstáculo enfrentado na época.

Para atender a essa demanda, foi criada em 30 de agosto de 1971, A UNIMED FLORIANÓPOLIS. A assembléia que deu origem à cooperativa contou com a presença de 102 médicos, e foi realizada no auditório da Associação Catarinense de Medicina (ACM).

A primeira diretoria foi constituída pelo presidente Antônio Muniz de Aragão e pelos diretores Roldão Consoni, João Carlos Baron Maurer e Paulo Tavares da Cunha

Melo. A Cooperativa nos primeiros anos, se manteve pela credibilidade de seu primeiro presidente, que exercera importantes cargos no serviço público e em instituições de saúde.

A manutenção financeira no início da criação da Cooperativa foi assegurada pelas quotas-partes recolhidas por seus fundadores. A subsistência veio com o primeiro contrato, firmado com o Instituto de Previdência dos Funcionários da Assembléia Legislativa - (IPADESC), beneficiando 200 usuários. Em seguida, a UNIMED pôde comprar seu primeiro conjunto de salas.

Em 1983 foi adquirida a sede na rua Osmar Cunha. Em 1991, a sede foi transferida para o prédio da rua Dom Jaime Câmara, onde permanece a estrutura administrativa dos usuários.

Em quase três décadas de crescimento contínuo, a UNIMED sempre contou com o engajamento e com a participação de seus cooperados. Finalmente, no ano de 2001, a UNIMED inaugurou o novo prédio ampliando suas instalações. Essa mudança promoveu melhor adequação às novas realidades da gestão empresarial.

A UNIMED Florianópolis é uma organização econômico-social que, norteadas pela doutrina cooperativa, busca:⁹

- Agregar os profissionais médicos para defesa do exercício liberal, qualitativo e ético da medicina, com adequadas condições de trabalho e remuneração digna e justa.
- Propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de qualidade, personalizado e a custo adequado.
- Agregar recursos financeiros, humanos e materiais e buscar os preceitos da excelência do mercado.

⁹ SILVA, Rebeca Ribeiro e WALLNER, Silvia D. UNIMED Florianópolis: Cooperativismo – Sistema UNIMED. Departamento de Desenvolvimento Cooperativista,

A UNIMED-FLORIANÓPOLIS é uma cooperativa de trabalho médico da região da Grande Florianópolis. Ela se apresenta como uma alternativa entre a medicina particular e o Sistema Único de Saúde, sendo constituída por clientes, cooperados e credenciados.

Conta hoje com 31 anos de atividade e com mais de mil e trezentos médicos cooperados ao sistema, cobrindo todas as especialidades. Em número de clientes, totaliza aproximadamente 65% da população em potencial na sua área de abrangência, que corresponde a vinte municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Anitápolis, Angelina, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, São Bonifácio, São José, São João Batista, Santa Amaro da Imperatriz e Tijucas.

Atualmente o perfil¹⁰ da UNIMED Florianópolis constitui nos seguintes números:

▪ CLIENTES.....	174.016
▪ MÉDICOS COOPERADOS.....	1.350
▪ HOSPITAIS CREDENCIADOS.....	24
▪ CLÍNICAS COOPERADAS.....	196
▪ CLÍNICAS CREDENCIADAS.....	55
▪ LABORATÓRIOS COOPERADOS.....	12
▪ LABORATÓRIOS CREDENCIADOS.....	34

Para a utilização da rede de serviços supracitados, a UNIMED Florianópolis disponibiliza aos seus clientes a comercialização de dois tipos de planos de saúde:

- UNIPLAN: com abrangência nacional ou regional. Não contempla certos procedimentos e possui limites para a utilização de procedimentos tidos como

¹⁰ Dados acessados através do site <http://www.unimedsc.com.br>

de alto custo e que passam a ser atendidos pelo SUS. Atualmente, este tipo de plano não é comercializado, por ser um plano anterior à Lei nº 9.656. Dependendo da vontade do cliente é feita a migração para o plano atual;

- UNIFLEX: com abrangência nacional ou regional é comercializado e ajustado pela Lei nº 9.656. Não possui restrições na utilização de procedimentos.

As formas de pagamento para os planos citados são efetuadas de duas maneiras:

1. Planos de Pré Pagamento: através de uma mensalidade paga pelo cliente, pessoa física ou jurídica. Esta forma é a que oferece maior preocupação para a cooperativa, porque o gasto do usuário pode ultrapassar o valor da mensalidade;
2. Planos de Custo Operacional: utilizado exclusivamente por pessoas jurídicas, em que o cliente paga somente por aquilo que utiliza.

A UNIMED Florianópolis desenvolve alguns programas para a comunidade como:

1. *SAÚDE EM FORMA*: programa voltado para a promoção da saúde, coordenado por uma equipe de médicos especializados em cardiologia e medicina do esporte, com o objetivo de estimular, avaliar e orientar a prática de exercícios físicos;
2. *SAÚDE OCUPACIONAL*: ações voltadas para a prevenção de doenças e acidentes aos trabalhadores;
3. *CICLO DE CURSOS E PALESTRAS UNIMED*: ministrados pelos próprios médicos cooperados, abordando temas relacionados à saúde;
4. *UNIMED CIDADÃ*: programa de responsabilidade social para auxiliar a comunidade. São doze projetos que compõem o programa, dentre eles citamos alguns:
 - 4.1 Projeto Ação Contra a Violência: através da parceria com a Polícia Militar, ensinam alunos da rede municipal e estadual a combaterem a violência e as drogas;

- 4.2 Projeto Clínico de Caminhadas UNIMED: programa Caminhar UNIMED incorporado às ações do UNIMED Cidadã;
- 4.3 Projeto Lixo Reciclável: confecção e distribuição de cartazes orientando e estimulando a prática da reciclagem do lixo. Todo o lixo arrecadado é enviado a PROMENOR, que recicla, revestindo recursos para a própria Instituição;
- 4.4 Projeto Jovem Trabalhador: UNIMED oferece vagas de estágio aos adolescentes da PROMENOR;
- 4.5 Projeto Capital Criança: em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, a UNIMED presta atendimento gratuito a gestantes e crianças;
5. *CAMINHAR UNIMED*: caminhadas organizadas para toda a população interessada;
6. *SAÚDE DIRIGIDA*: programa que oferece atendimento especial aos clientes UNIMED portadores de patologias crônicas. O objetivo é identificar precocemente complicações de doenças já instaladas.

Considerando a cooperativa médica como uma alternativa à saúde pública e à expansão da medicina individual ela deverá proporcionar modelos de atenção ao usuário que contemple suas necessidades.

De acordo com D'Ávila, representante do Conselho Federal de Medicina (CFM), é preciso repensar os rumos da saúde no Brasil e verificar se não estamos retrocedendo e “caminhando para a doença”. Uma análise do atendimento prestado ao usuário do sistema de saúde, “O paciente precisa se sentir cuidado. Não podemos cair no erro do atendimento mecânico, no simples ato de cumprir tarefas”.¹¹

A importância de um trabalho de humanização ao atendimento prestado ao cliente como se verá no capítulo a seguir.

¹¹ D'Ávila, Roberto. 4º Simpósio Catarinense de Bioética. Joinville, 2000

3 O PROJETO DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Em decorrência de reclamações, produto de “deficiências no atendimento a cerca de 6.600 usuários no período de junho a dezembro de 1999”¹², relacionadas à internação hospitalar, a UNIMED Florianópolis sentiu a necessidade de implantar um projeto que pudesse assistir de forma mais completa o usuário internado.

No ano de 1999 a UNIMED iniciou o Projeto de Humanização no atendimento hospitalar com objetivos de:

- auxiliar o usuário ou seu familiar no momento da utilização do serviço hospitalar, procurando suprir as dificuldades encontradas;
- amenizar os conflitos que surgem durante a internação e/ou utilização do plano (cobertura e carência contratual);
- observar a qualidade no atendimento prestado ao usuário no hospital e quando esse procura a UNIMED para autorizações de procedimentos.

Constatou-se que a implantação de programas de humanização da assistência hospitalar é um processo complexo, no entanto necessário. Esse processo implica na construção de um novo paradigma nas instituições hospitalares, o qual reúna uma série de conceitos que vão se materializar em ações em benefício dos cidadãos.

Nogueira (1991:41) qualifica “cooperação horizontal e vertical”, a partir do momento em que foram agregadas novas características ao modelo de gestão do SUS. Ao mesmo tempo em que o sistema de saúde atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, não supera condições como a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento e a ênfase na assistência médica curativa.

Pode-se considerar que a cultura estabelecida no atendimento aos usuários do sistema de saúde é hierárquica. Nessa cultura, o médico recebe destaque de importância em detrimento do paciente, sem considerar que a razão da existência do profissional de saúde é a pessoa a ser atendida.

Em inúmeras situações é comum verificar deficiências que afetam o usuário as quais podem ser identificadas em três grupos distintos: preparo técnico-profissional, hotelaria hospitalar e cobertura contratual. A otimização no atendimento destes requisitos teria por fim proporcionar acolhimento e tratamento especial para a pessoa que necessita o atendimento. Isso considerando que a mesma nessa situação, não se encontra na plenitude de suas condições físicas e emocionais.

Aos poucos as decisões judiciais, legislativas e governamentais vêm assegurando os direitos dos consumidores dos planos de saúde. Essas decisões em tese, obrigam a prestadora de assistência médica a criar mecanismos administrativos que facilitem a prestação do serviço médico. Esses mecanismos deveriam existir a muito tempo, considerando o alto valor pago pelo cliente pelo serviço.

Um dos principais alvos de reclamação dos usuários é a obrigatoriedade do deslocamento até a UNIMED ou posto autorizado para a autorização de procedimentos clínicos. Ainda que a implantação de um sistema mais moderno de autorização possa refletir no aumento de custos é pertinente considerar se os benefícios não compensariam em muito o investimento.

Como sabemos de um modo geral a saúde foi o único setor onde o desenvolvimento tecnológico não foi capaz de baratear os custos. Se por um lado os equipamentos sofisticados e caros justificam tratamentos a preços elevados, a falta de critério na prescrição dos procedimentos clínicos, por outro, aumenta o valor da fatura para os

¹² Um dado retirado de: SOARES, Kelli Matos. O Serviço Social na UNIMED: Uma proposta de humanização do atendimento prestado.2001. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. UFSC.

usuários. A responsabilidade em trabalhar mecanismos de controle cabe a auditoria médica¹³

Através dos questionamentos apresentados por número significativo de usuários do plano de saúde, os quais refletiam o sentimento de insatisfação demonstrado por ocasião da utilização do plano, o serviço social estabeleceu um tipo de mediação entre o usuário, o prestador de serviço e a UNIMED.

Como cita Pontes (1995:42) “A relação entre Serviço Social e a questão da mediação nasceu de preocupações bem objetivas e cotidianas da ação profissional de assistentes sociais no contexto das organizações”.

3.1 O Serviço Social como Prática de Mediação no Atendimento Hospitalar

A mediação tem uma história longa e variada em quase todas as culturas do mundo. Em tempos bíblicos, as comunidades judaicas utilizavam a mediação para resolver diferenças civis e religiosas.

As culturas Islâmicas também têm longa tradição em mediação. Em muitas sociedades pastoris, os problemas eram resolvidos através de uma reunião comunitária dos idosos, nas quais os participantes discutiam, debatiam, deliberavam e mediavam para resolver questões tribais ou intertribais críticas ou conflituosas.

Na China e no Japão a mediação tem sido usada amplamente, onde a religião e a filosofia enfatizam fortemente o consenso social, a persuasão moral e a busca de equilíbrio e da harmonia nas relações humanas.

Florianópolis.

¹³ Entendido aqui como auditoria médica o mecanismo de controle das contas médicas, conferir até onde certos exames são necessários ou poderiam ser tecnicamente e com segurança dispensados, sem risco para o diagnóstico ou tratamento”

A mediação também cresceu na América e em outras colônias, e finalmente nos Estados Unidos e Canadá, onde seitas religiosas, grupos étnicos chineses e judaicos, desenvolveram procedimentos alternativos para a resolução de diferentes questões.

A mediação é também amplamente utilizada nas organizações públicas e privadas, para lidar com disputas interpessoais ou institucionais.

Uma das novas áreas de crescimento de mediação é a da atenção à saúde Reeves (apud MOORE, 1994:49) “a mediação iniciou na saúde devido ao grande número de queixas referentes à negligência médica nos EUA, hoje já há várias disputas na área da saúde em que a mediação está sendo aplicada ou explorada”.

Além da negligência médica a mediação na saúde pode ser vista também de acordo com Josep (1994:35) em: “conflitos entre médicos, administradores e hospitais; prática de grupos e dificuldade entre sócios; disputa entre médicos e enfermeiros; negação da cobertura dos planos de saúde; negação do pagamento da seguradora; disputas bioéticas e relações trabalhistas”.

A mediação é geralmente definida como a interferência em uma negociação ou em um conflito de uma terceira parte aceitável, tendo um poder de decisão limitado ou não autoritário, e que ajuda as partes envolvidas a chegarem voluntariamente a um acordo.

Além de lidar com questões fundamentais, a mediação também pode estabelecer ou fortalecer relacionamentos de confiança e respeito entre partes.

A partir dos anos de 1990, mudanças de ordens organizacionais, tecnológicas e políticas exigiram formas inovadoras de organização no trabalho da saúde, determinadas pela hierarquização, descentralização e democratização do sistema, trazendo características novas ao modelo de gestão e aos processos de trabalho, com novas modalidades de cooperação. COSTA (2000)

De acordo com Pontes (1997:38), [...] com a introdução do pensamento gramsciano e com retorno as fontes marxianas, as concepções do Serviço Social aparecem com um novo arranjo da categoria, inaugurando para a profissão uma nova fase de amadurecimento intelectual e de maior riqueza teórica-política.

Constituindo a partir de então um avanço significativo para a profissão, tanto na interlocução com as demais ciências sociais, quanto ao chamado campo da prática profissional.

O objeto do Serviço Social é a questão social. Essa através de suas múltiplas expressões provoca a necessidade da ação do profissional.

De acordo com Pontes (1997:38) “o Serviço Social é uma profissão interventiva, em que suas ações se colocam diante de problemas reais que demandam soluções objetivas”.

O assistente social precisa conhecer a realidade do próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende impulsionar um processo de mudança.

Com o objetivo não apenas de compreender o real, mas o modo particular das questões sociais e com capacidade de modificá-lo, a mediação se faz presente revelando as relações presentes no movimento entre UNIMED, cliente e a unidade em que o cliente encontra-se internado. Martinelli (1993:136) nos traz:

mediações são categorias instrumentais pelas quais se processa a operacionalização da ação profissional. Expressa-se pelo conjunto de instrumentos, recursos técnicos e estratégias pelas quais a ação profissional ganha operacionalidade e concretude. São instâncias de passagem da teoria para a prática, são vias de penetrações nas tramas constitutivas do real

Nos atendimentos hospitalares os dados são coletados pelo Serviço Social por meio de entrevistas, observações, contatos com diversas partes como os funcionários de hospitais, as pessoas que prestam atendimento ao cliente na UNIMED bem como com o

usuário ou a pessoa que o acompanha. É o início, para alguns casos, do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social.

Apreender as mediações que ocorrem na instrumentalidade¹⁴ do Serviço Social passa tanto pela compreensão do processo de trabalho no seu sentido mais amplo quanto do sentido mais amplo que a instrumentalidade adquire para o exercício profissional, tida como mediação. GUERRA (2000).

O Serviço Social tem nas questões sociais a base de sustentação da sua profissão e sua intervenção também se realiza através de mediações institucionais, sejam elas públicas, privadas ou entidades de cunho filantrópico.

Moore (1994:53) menciona que: “o mediador é uma terceira pessoa, indiretamente envolvida na disputa. É um fator crítico no manejo e na resolução de conflitos”.

O modelo de mediação referenciado neste trabalho está inserido na atividade que o profissional de serviço social desenvolve em uma instituição privada. Nessa, através do contato com o usuário de plano de saúde hospitalizado, questionamentos são feitos acerca da qualidade do atendimento prestado àquele usuário. Os resultados obtidos nesses questionamentos servirão de subsídio para que o assistente social desenvolva políticas de atendimento junto aos prestadores de serviço e o gestor do plano de saúde.

Observamos então que os locais onde ocorre a intervenção do Assistente Social vêm se ampliando ao passar dos tempos e exigindo dos profissionais novas técnicas e competências para um agir profissional. Como afirma Sarmiento (2000, p.97) [...] “os profissionais do Serviço Social vêm reconstruindo sua prática profissional, no sentido de imputar-lhe uma outra direção social e, conseqüentemente, redimensionamento de suas funções sócio- institucionais”.

¹⁴ Instrumentalidade aqui entendida como: uma condição necessária à reprodução humana; é um momento necessário na relação homem natureza, em resposta às suas carências materiais e espirituais, portanto, trabalho é instrumentalidade (Guerra, 1995).

A prática profissional do Assistente Social no âmbito da UNIMED, seja qual for sua atuação, está sempre vinculada à promoção de saúde e bem-estar de seus clientes; por meio de “caráter sócio-educativo, psicossocial, técnico-consultivo e político-administrativo, conforme a natureza das demandas e situações abordadas nos diversos programas e projetos”. (II Manual de Referências das Ações do Serviço Social no sistema UNIMED, 2001, p.04).

3.2 A Avaliação do Projeto de Humanização sob a ótica de Cooperativismo; Responsabilidade Social e Mercado

A avaliação do projeto de humanização no atendimento hospitalar ocorreu em três setores no interior da instituição UNIMED: o Setor Cooperativista, o Setor de Responsabilidade Social e Setor de Mercado.

O Setor de Cooperativismo é composto pela diretoria da UNIMED, o qual observou que a grande maioria das reclamações tem origem em hospitais públicos, nos quais a administração não destina parte das verbas recebidas para atender deficiências de infraestrutura sendo que as principais são: (falta de roupa de cama, má qualidade das refeições e falta de medicamentos).

O representante do Setor de Cooperativismo vê o desenvolvimento do projeto como satisfatório, na medida em que as estagiárias, por meio dos relatórios mensais e reuniões eventuais com o Departamento, fornecem um quadro fiel da qualidade dos serviços oferecidos aos clientes e do grau de satisfação desses com a UNIMED. No entanto, entende que, para a efetivação total do projeto é necessário que os Prestadores de Serviços se empenhem em atender e resolver em tempo oportuno as reclamações apresentadas pelos clientes internados.

O segundo representante da UNIMED a avaliar o Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar foi o Setor de Responsabilidade Social. Esse setor está vinculado ao departamento de Marketing, tendo como representante o Sr. Marcelo de Menezes Coordenador Nacional do Programa de Responsabilidade Social da UNIMED do Brasil.

Para esse representante o Brasil, ainda se entende a responsabilidade social empresarial ou cidadania empresarial com investimentos que a empresa faz na comunidade. E conforme se expressou: “É comum ouvirmos de representantes de organizações expressões do tipo: ‘somos uma empresa socialmente responsável porque apoiamos determinado projeto ou fazemos doações para a comunidade’”.

Entende também que os investimentos de empresas nas comunidades são ações louváveis e importantes. Porém o conceito de responsabilidade social das empresas, enquanto relacionamento das organizações com a comunidade e com a sociedade, é mais amplo.

A responsabilidade social trata da relação ética, da relação socialmente responsável da empresa em todas as suas ações, em todas as suas políticas, em todas as suas práticas, em todas as suas relações. Isso significa responsabilidade social da empresa em relação à comunidade, aos seus empregados, aos seus fornecedores, aos fornecedores de seus fornecedores, ao meio ambiente, ao governo, ao poder público, aos consumidores, ao mercado e aos acionistas.

De acordo com o Manual UNIMED de Responsabilidade Social elaborado durante a gestão de Dr. Almir Adir Gentil – diretor de marketing e desenvolvimento da Unimed do Brasil, 2002. O ideal seria ter um projeto de responsabilidade social dentro da Gestão do Negócio, ético, que atenda primeiramente seu público interno, continuado, acompanhado, apresentando resultados e gerenciando como qualquer setor da empresa.

A Humanização o representante do setor entende que se refere a tudo que envolve o ser humano, a forma de atenção, o acolhimento, o respeito e a responsabilidade com o outro.

Marcelo de Menezes – Coordenador Nacional do Programa de Responsabilidade Social da Unimed do Brasil, 2003 nos traz que aos poucos os médicos vão percebendo que o paciente precisa ser tocado e necessita de aproximação e afeto de quem cuida.

Um exemplo de Humanização institucional considerado por Menezes é a UNIMED Lar, composta por uma equipe multidisciplinar em que é feito um acolhimento ao paciente junto ao seu familiar na residência, no momento de sua maior fragilidade.

O Setor de Responsabilidade Social representado por Menezes acredita que a Humanização não pode estar vinculada apenas ao cuidado com o cliente, mas também com o colaborador e cooperado.

O representante do Setor avaliou que o Projeto de Humanização de Atendimento Hospitalar ainda não está sendo desenvolvido de maneira completa, porque as “vielas de atendimento ao cliente não estão supridas”.

Para que haja eficácia na proposta de humanização é necessário que se alcance a satisfação total dos clientes por meio de Prestadores de Serviço mais eficazes.

O Setor de Responsabilidade Social, segundo Menezes, está parcialmente satisfeito com a humanização dentro da UNIMED, mas conscientes de estar hoje no caminho certo para alcançar o verdadeiro objetivo.

O Setor de Mercado foi o terceiro a avaliar o Projeto de Humanização. Esse Setor é o responsável pela comercialização dos planos de saúde para pessoas físicas e jurídicas. A avaliação do Projeto de Humanização ocorreu no Departamento de Vendas, onde se trabalha com o cliente (pessoa física) diretamente.

O representante do Departamento de Vendas citou como complicador para a execução de suas atividades o fato das instalações do Departamento estarem situadas fora da estrutura física da UNIMED. Existe um hiato de tempo entre o momento em que as decisões são tomadas no complexo administrativo (rua Dib Mussi), até que elas sejam informadas ao Departamento de Vendas (rua Bocaiúva). Uma situação ilustrativa desse problema é a dos procedimentos que deixam de ser autorizados por decisão da junta médica e não são informados de imediato ao departamento de vendas, o qual continua vendendo planos de saúde “prometendo” uma cobertura que não estará disponível futuramente ao cliente. Fatos como esse refletem de imediato na credibilidade do Departamento de Vendas e conseqüentemente da UNIMED junto aos seus clientes.

A Humanização na UNIMED, segundo o Chefe do Departamento de Vendas, carece de um maior envolvimento dos demais departamentos, bem como dos Prestadores de Serviço. Nesses, pode-se observar, como resultado do descaso com a humanização, a falta de leitos nos hospitais e a dificuldade no agendamento de consultas nas clínicas.

Outro ponto questionado pelo responsável do Departamento de Vendas foi a respeito das autorizações contratuais. É do entendimento daquele Departamento que deveria haver uma comissão que avaliasse cada caso, a fim de se evitar injustiças como a descrita a seguir. Um cliente pagou o plano de saúde para toda a família durante oito anos sem nunca tê-lo utilizado. Em uma oportunidade em que foi obrigado a fazer um exame de ressonância magnética do joelho, com valor aproximado de R\$ 1.000,00 não pode contar com cobertura contratual. É pertinente lembrar que durante os oito anos nos quais o cliente não utilizou o plano de saúde, a cooperativa UNIMED recebeu cerca de R\$ 7.000,00 desse cliente, e o preço do exame solicitado é de valor inferior do que o já pago para a cooperativa.

Através dessas avaliações percebemos o quanto que o Projeto de Humanização precisa ser incorporado por aqueles que prestam serviço ao cliente, seja cooperativa ou Prestadores de serviços.

Somente com a qualidade, responsabilidade e a atenção abrangente à pessoa que está sob os cuidados de quem presta assistência à saúde, de modo a satisfazer amplamente as necessidades humanas essenciais, refletindo sobre as ações e aspirando a perfeição é que poderemos dizer que o Projeto de Humanização está implantado.

3.3 A qualidade no atendimento prestado ao cliente internado

Qualidade pode ser definida como a “relação apropriada entre o esperado e o alcançado”. Padilha (1994, p.276). Acredita-se que a qualidade no sistema organizacional é um processo cooperativo em que os profissionais cuidam do usuário, com conhecimento, competência e habilidades, a fim de proporcionar-lhe a recuperação da saúde, segundo as expectativas desse usuário.

O Setor de Atendimento ao Cliente (Ouvidoria) foi instituído “para medir o grau de satisfação e dos problemas decorrentes de seu atendimento, durante o período de internação no ambiente hospitalar”. Corradi (1994, p.8). Através desse serviço, os clientes têm a possibilidade de expressar a sua opinião quanto à qualidade do atendimento recebido no processo de consulta ou internação.

No passado as queixas dos clientes se referiam ao preparo técnico dos funcionários, hoje, elas dizem respeito também, ao relacionamento interpessoal, no qual um dos quesitos principais é a efetiva comunicação com o cliente. É importante considerar que o cotidiano do sistema organizacional, segundo Erdmann (1995, p.72),

[...] ainda hoje é atrelado a uma estrutura e funcionamento com instrumentos normativo-legais, no qual o cuidado prestado ao cliente é um processo habitual, repetitivo, rotineiro, de orientação tecnocrática, que reduz esforços a simples técnicas hierarquizadas por profissionais.

Qualidade portanto é qualquer coisa que o cliente necessita e deseja Miranda (1994, p.18). Qualidade é algo que deve ser construído e administrado. Pistono (1995). “Qualidade não deve ser visualizada como meta, mas como processo contínuo na busca de melhoramentos, visando uma prestação de serviços que atenda cada vez mais e melhor a clientela que deles se utilizam”. Silva (1994, p.14).

O hospital é uma organização social que cuida de pessoas a fim de atender as suas necessidades de sobrevivência e constitui-se de recursos humanos, físicos, tecnológicos e financeiros. Como toda a organização está em constante mudança. Campos (1994, p: 52) afirma que essa mudança se deve “às modificações do mercado, ao crescimento dos seus empregados através da educação e treinamento, à influência da tecnologia da informação, pelas influências culturais local , pela influência das pessoas, etc.”

Yamamoto (1997:52) nos traz que “a qualidade na organização, segundo a perspectiva de meta principal com o foco para o cliente que pode ser externo ou interno, é direcionada de forma que as satisfações das expectativas dos clientes sejam realizadas”. Mais que os sistemas e métodos de trabalho, são as pessoas que garantem a qualidade.

No que tange ao Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar, foi percebido no decorrer das visitas aos clientes internados, que a qualidade dos serviços não depende exclusivamente dos Prestadores de Serviço Hospitalares e nem são de exclusividade da UNIMED, mas sim o conjunto de ações desenvolvido pelos mesmos.

Através do Projeto de Humanização Hospitalar as estagiárias do Serviço Social realizaram uma pesquisa com os clientes internados denominado pesquisa – ação¹⁵. Os

¹⁵ De acordo com Vergara (apud FONSECA, 2002) “a pesquisa –ação é um tipo particular de pesquisa participante que supõem intervenção participativa na realidade social”.

dados coletados são analisados de forma quantitativa e qualitativa em relação à qualidade de serviço nas instituições hospitalares. Foram utilizados os relatórios quantitativos e qualitativos dos meses de julho de 2002 a junho de 2003, com cerca de 660 visitas aos treze Prestadores de Serviços Hospitalares, totalizando um número de 3888 clientes. Sendo que 2456 clientes destes estavam usando serviços de instituições de caráter privado e 1432 instituições de caráter público. Salientando que estes números foram coletados juntamente com outra estagiária que faz parte do projeto desde agosto de 2002.

No quadro que segue consta os hospitais, clínicas e maternidades da grande Florianópolis visitadas pelo Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar.

Quadro nº 01 – Hospitais, Maternidades e Clínicas da grande Florianópolis visitado pelo Projeto “Humanização no Atendimento Hospitalar”

CARÁTER PÚBLICO¹⁶	Hospital Governador Celso Ramos; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital Regional de São José; Instituto de Cardiologia e Maternidade Carmela Dutra;
CARÁTER PRIVADO¹⁷	Clínica Santa Helena, Clínica Saint’Patrick; SOS Córdio; Casa de Saúde São Sebastião se Maternidade Carlos Corrêa;
CARÁTER FILANTRÓPICO¹⁸	Hospital de Caridade

A qualidade dos serviços prestada através de Prestadores de Serviços, foi avaliada sob os seguintes critérios:

¹⁶ São aqueles prestadores de serviço pertencentes ao setor estatal, gerenciado através de recursos públicos (Anjos, 2002)

¹⁷ Prestadores de Serviços Hospitalares de cunho particular, gerenciado através de recursos próprios (ibidem)

- Muito Satisfeito: em que a qualidade dos serviços supera as expectativas do cliente;
- Satisfeito: O atendimento está de acordo com o esperado pelo cliente;
- Insatisfeito: algum quesito no atendimento não estava de acordo com o esperado pelo cliente;
- Não Utilizado: itens do critério de avaliação que não foram utilizados pelo cliente durante o período de internação.

Os itens que avaliaram a qualidade no atendimento hospitalar foram um total de quatorze, os quais seguem: Recepção e Internação; Serviços de Imagem; Instalações; Assistência Médica; Alimentação; Exames; Serviço de Fisioterapia; Silêncio; Ventilação; Rouparia; Medicamentos; Estacionamento; Serviço Social e UNIMED.

O questionamento está na não resolutividade das questões repetitivas, em que se resume à parte de hotelaria (infraestrutura) e atendimento prestado nos hospitais, seguido de falta de leitos e na demora ou não autorização de procedimentos clínicos que são solicitados e não têm cobertura contratual.

Através dos dados coletados observamos que as insatisfações em hospitais de caráter público se repetem, assim como também algumas reclamações em hospitais de caráter privado. Conforme se vê no quadro nº 02.

¹⁸ Prestador de caráter privado, mas que destina 60% de leitos para atendimento de conveniado do SUS.

Quadro nº 02 – Porcentagem do nível de satisfação dos clientes UNIMED entrevistados a respeito dos serviços hospitalares prestados de maio de 2001 a junho de 2003 – Florianópolis 2003.

PRESTADORES DE SERVIÇO	Muito satisfeito			Satisfeito			Insatisfeito		
	2001 ¹⁹	2002 ²⁰	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
PÚBLICO	13,4%	23%	22%	54,6%	42%	43%	4,6%	4%	4,3%
PRIVADO	27%	37%	35%	40%	36%	35%	1,7%	2%	2%

Dentro dessa realidade indagou-se o caminho percorrido pelas questões levantadas pelos clientes no momento de sua internação, já que o Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar está a mais de três anos em andamento.

3.4 Os caminhos que perpassam as questões trazidas pelos clientes internados

Silva (1996:48) informa que: “Em uma Instituição todos deveriam estar em contínuo aperfeiçoamento, isto é, uma série de passos contínuos que se inicia com a identificação de problemas ou oportunidades a serem obtidos através das ações corretivas”.

¹⁹ Anjos, Elisandra dos. A Humanização e a Qualidade no Atendimento Hospitalar Através da Ótica da Parceria: Uma Proposta à UNIMED Florianópolis, 2002, p.49.

²⁰ Ibidem

Percebemos que um ciclo se repete na medida em que as causas são descobertas e eliminadas, ou na medida em que novos problemas e soluções são identificados na busca incansável da melhoria da qualidade.

O estabelecimento de medidas implica no conhecimento do nível de satisfação do cliente. A instituição, ao implementar esforços de melhoria da qualidade, precisa da conscientização de todos quanto ao plano de mudanças, visando um aperfeiçoamento contínuo. Com isso haverá um crescimento e atendimento das expectativas e necessidades de seus clientes tanto internos quanto externos.

SILVA (1996) nos traz a reflexão no sentido de que o aprimoramento contínuo começa com a necessidade de ensinar a todos os funcionários como identificar e analisar qualquer problema relacionado com a qualidade, encontrar a causa primária deste problema, partindo dos sintomas identificados. Chegar às soluções e, finalmente, manter os ganhos alcançados.

As ferramentas estatísticas são indispensáveis como suporte para o sistema e para o sucesso de um programa. Ao longo dos anos, para ajudar as equipes na melhoria da qualidade a solicitar e utilizar opiniões, percepções e julgamentos de outros integrantes da equipe de trabalho, várias ferramentas foram introduzidas nos locais de trabalho da instituição.

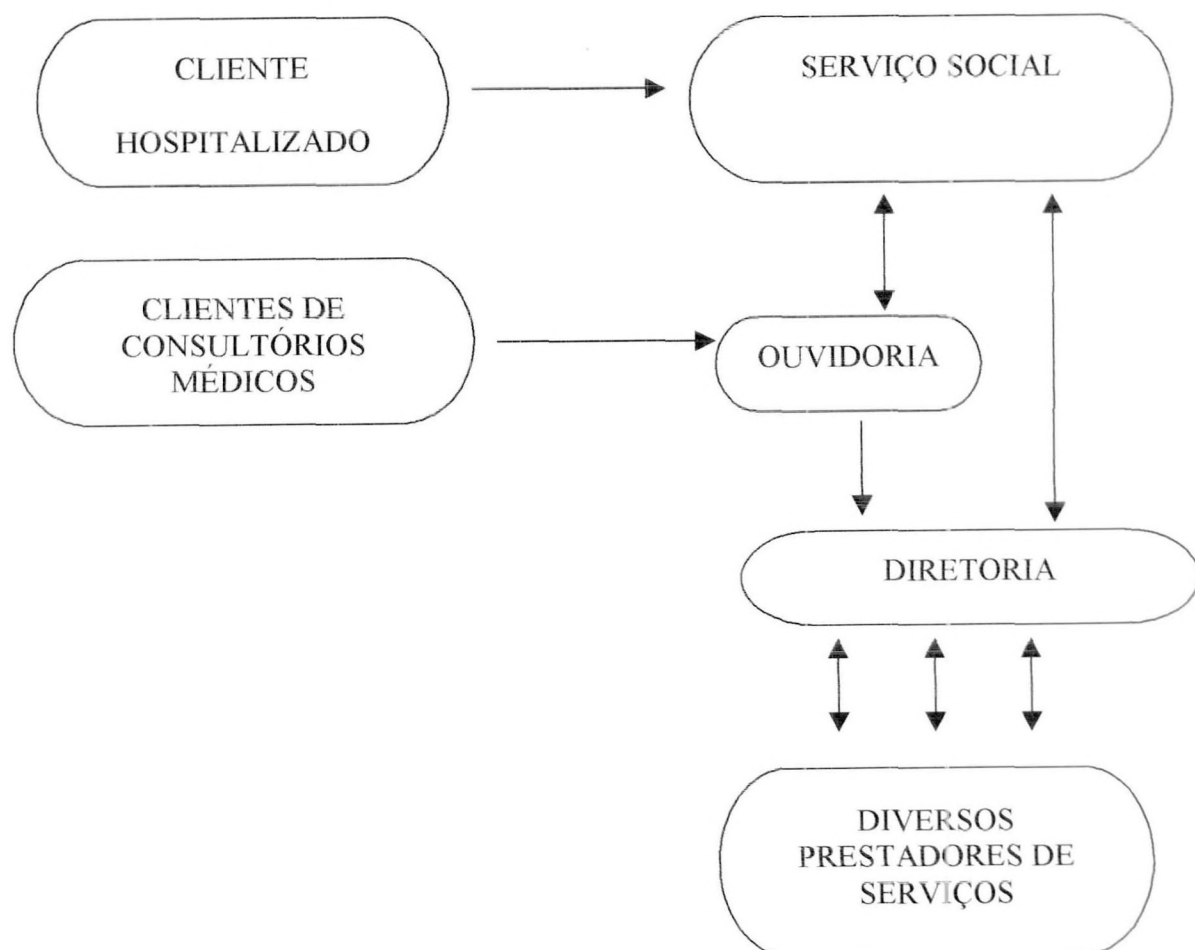
Assim, poderiam ser vistos os problemas mais claramente e encontrar soluções para os mesmos através dos dados obtidos.

A necessidade de dados pode ocorrer quando a equipe está selecionando e definindo seu problema, testando uma teoria sobre as causas, verificando a eficácia de uma solução. Os métodos estatísticos permitem aplicar e sistematizar técnicas e as teorias do controle da qualidade.

As ferramentas da qualidade são armas poderosas que servem de guia no momento em que necessitamos implantar ou melhorar as ações dentro de uma instituição. Pelas estatísticas já demonstradas em título anterior, a ferramenta da qualidade que utilizaremos será o fluxograma, para demonstrar o caminho percorrido pelas questões trazidas pelos clientes internados.

O fluxograma tem inúmeras utilizações, podendo ser usado para compreender e melhorar o processo de trabalho, para criar um procedimento padrão de operação, para mostrar como deve ser feito o trabalho na instituição. Além disso, permite que qualquer elemento envolvido em um processo, depois de registrar o fluxo real, possa compará-lo ao fluxo que o processo deveria seguir. Permitindo identificar áreas problemáticas e facilitar a melhoria no processo.

Fluxograma Proposto Para o Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar:



As questões sobre as quais são necessárias ações constantes de intervenção desde quando este Projeto foi implantado, são àquelas referentes à estrutura física, hotelaria e qualidade no atendimento. A constância com que se apresentam problemas desta natureza, entre outros motivos, reflete a falta de compromisso com o cliente internado, e o apego a uma idéia arcaica e desumana de se considerar a saúde como mercadoria e o cliente como *uma fonte de lucro*.

Normalmente o paciente quando internado encontra-se em um estado de intensa sensibilidade emocional. Esse estado e o tempo disponível que implica em uma internação, formam a situação ideal a qual permite a ele refletir sobre a qualidade dos serviços que está recebendo. Quando o cliente após esse exercício crítico manifesta sua insatisfação quanto à qualidade do atendimento recebido, raramente se refere ao Prestador de Serviço. Na maioria das vezes essa insatisfação é externada em frases do tipo: “o que pago para a UNIMED não condiz com o tratamento que estou recebendo”. Usuários que pagam por duas vezes um atendimento médico para não precisar enfrentar as dificuldades que o SUS hoje enfrenta, acabam por se sentir iludidos no momento da utilização do plano de saúde.

Para um maior grau de satisfação dos clientes, os contratos firmados entre UNIMED e Prestadores de Serviço precisam ser revistos.

As dificuldades existem e precisam ser resolvidas, para que fique um atendimento de qualidade e o cliente se sinta seguro e satisfeito.

3.5 A resolução²¹ dada pelo Gestor UNIMED aos questionamentos apresentados pelos clientes internados

Como visto anteriormente no fluxograma, as questões apresentadas pelos clientes hospitalizados após passarem pela ouvidoria, chega à diretoria e a partir deste setor é que os Prestadores de Serviço são comunicados das reclamações obtidas.

Posteriormente os Prestadores respondem que de acordo com as possibilidades farão o que for necessário para que a qualidade no atendimento não seja prejudicada.

No entanto percebe-se que persistem a mais de três anos as reclamações de hotelaria e qualidade no atendimento. Sendo que as questões apresentadas são de hospitais públicos na sua grande maioria, percebe-se um sucateamento do setor para viabilizar as privatizações, decorrentes da política neoliberal vigente.

No decorrer do desenvolvimento do Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar foram colhidas informações que indicam na política da UNIMED duas formas de pensamento em relação aos contratos com os prestadores de serviços. Esse pensamento é dividido entre os integrantes da diretoria da UNIMED em que alguns membros são favoráveis a revisão dos contratos, e também que haja contribuição por parte da UNIMED em melhorias e benfeitorias naqueles hospitais que mais apresentam dificuldades em manter a qualidade dos serviços, principalmente os de hotelaria.

A outra forma de pensamento defende que a ação da UNIMED deve se restringir aos contratos firmados com os Prestadores de Serviços, os quais devem se responsabilizar pela recuperação e conservação do espaço utilizado pelo cliente UNIMED.

²¹ Resolução aqui entendida com ação de resolver, achar a solução, entender e deliberar a respeito”. Ximenes, Sérgio. Minidicionário da Língua Portuguesa. São Paulo. Ediouro, 200.

Entre essas duas correntes de pensamento encontra-se o cliente que depende tanto da UNIMED para autorização de procedimentos necessários quanto dos Prestadores de Serviço que prestam assistência enquanto o cliente está internado no hospital.

A maioria das reclamações dos clientes da UNIMED diz respeito à qualidade do atendimento em hospitais públicos. Essas reclamações, o Gestor UNIMED não tem interesse em resolver, pois entende que se assim o fizesse, o setor público poderia deixar de ser visto como inoperante. Provocando mudanças no pensamento de seus clientes, os quais comprem planos de saúde por não acreditarem na qualidade do Sistema Único de Saúde.

A empresa UNIMED visa lucro, isso implica em contenção de gastos, proporcionando uma pseudo Humanização, que se limita a ações cosméticas e burocráticas com o objetivo de averiguar, fiscalizar as ações desenvolvidas nos Prestadores de Serviços e não de proporcionar resolutividade para as reclamações.

Um dos motivos que vem ocasionando um grande número de reclamações pode ser um indício de que a UNIMED hoje não consegue atender a sua demanda. Essa constatação revela que é chegada a hora da UNIMED priorizar a manutenção da fidelidade dos clientes atuais em relação à adesão de novos clientes ou proporcionar uma estrutura de qualidade que atenda aos novos.

Os desafios diante dos obstáculos causaram, em certos momentos, receios e interrogações e, ao mesmo tempo, oportunidades que, de alguma forma pudesse mudar os conceitos já estabelecidos sobre assistência médica.

Nos dias atuais em que os avanços tecnológicos estão presentes cada vez mais no dia-a-dia das pessoas, é de se esperar que esses avanços pudessem ser utilizados para agilizar as autorizações e procedimentos clínicos solicitados pelos clientes, sem que as alterações representassem grande ônus para a UNIMED. Poderia ser criado um sistema de

cartões magnéticos, que a exemplo dos bancos, quando passados em uma máquina de leitura indicasse os direitos contratuais do cliente, agilizando os tratamentos necessários.

Uma das maiores dificuldades encontradas no transcorrer do trabalho, é a de que reclamações trazidas pelos clientes internados não são resolvidas pelos que prestam assistência à saúde (UNIMED e Prestadores de Serviços), se eximindo da responsabilidade em efetivar um atendimento de qualidade. Estão mais ligados aos serviços burocráticos do que assistenciais. Não há estímulo ao envolvimento, para buscar mudanças e reflexões sobre as práticas do cotidiano.

Como síntese podemos dizer que o Estado têm razões políticas, move-se por razões políticas – nível em que o público, o povo, intervém conforme etapa do desenvolvimento da sociedade - e a ordem privada move-se por razões do lucro.

Essas questões persistirão enquanto os Prestadores de Serviços forem públicos com a interferência do Privado. Porque o interesse do privado é que o público seja sucateado para perder sua credibilidade e assim o privado se aprimorar do que ainda hoje é considerado público.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com BRESSAN & BRAGA (2001) O avanço do neoliberalismo no Brasil trouxe, entre outras consequências, a negação dos direitos sociais, duramente conquistados em 1988, a retração do tamanho do Estado e sua desregulamentação.

Em todas as políticas sociais esse quadro tem deixado marcas profundas, e na assistência à saúde não foi diferente. Os embates pela sua universalização são constantes, o processo de descentralização está em fase de construção e o controle social necessita ser exercitado de maneira plena em todas as esferas do governo.

A tese que aponta o Estado como expressão do atraso e sua redução como premissa indispensável ao progresso e à modernidade, ampara-se no pressuposto de que a intervenção do Estado na economia é nociva e imoral. Para a política neoliberal as funções do Estado deveriam ser reduzidas ao mínimo, cabendo-lhe apenas presidir, sem intervir, o livre desenvolvimento das forças de mercado

O Brasil neoliberal da década de 1990, com destaque para o período Fernando Henrique Cardoso reedita marcas históricas como um país inaceitável e triste, contaminado pela doença romântica e com uma formidável capacidade de produzir leis e não implementá-las. NOGUEIRA (1999).

Não podemos nos ater nos discursos oficiais de que estamos em transição para a modernidade e que parece não chegar nunca. Na verdade nós já somos modernos, mas um tipo de modernidade profundamente desigual, com abismos de desigualdades, produtos altamente sofisticados para o consumo de homens desempregados ou subempregados e um país que economiza em políticas sociais, na qual destacamos a área da saúde, fazendo com

que os cidadãos de melhor condição financeira optem por utilizar o sistema privado de saúde.

A Humanização nos hospitais é um tema que há espaço contextual hoje para aborda-lo, pelo próprio resgate da cidadania e ética em todos os segmentos da sociedade. Ações simples geralmente promovem excelentes resultados. Mais do que tratar uma patologia, as condutas voltadas à humanização do atendimento, propiciado a visão do paciente como um ser bio-psico-social e espiritual, fundamentadas no conceito de integralidade do ser.

A conduta de humanização do atendimento é a mais recente diretriz apontada pelas autoridades de saúde do País, como uma saída para melhorar as condições de bem-estar da população que necessita auxílio médico. Através de um conjunto de ações, práticas e teóricas, desenvolvidas a partir da visão de um grupo multidisciplinar, dentro do atual conceito de Bioética²² é possível promover o alívio do sofrimento, a recuperação da saúde e do bem-estar.

No início desse trabalho havia o entendimento de que todos os profissionais, envolvidos na assistência à saúde deveriam estar empenhados na busca de soluções que viessem ao encontro das necessidades dos usuários.

No entanto, com o desenvolvimento das atividades, essa primeira impressão foi dando lugar ao fato da saúde ser pensada pela maioria daqueles profissionais como “COISA”. Com essa idéia, encontramos na cadeia de prestação de assistência à saúde profissionais que: trocam lençóis, medem a febre, preenchem formulários, solicitam documentos para liberar exames, dão alta e fazem diagnósticos. É fácil concluir que o produto oferecido por esses profissionais é origem constante de crise entre os prestadores da assistência e os usuários. E nessa área de tensão que a UNIMED entende que o

²² Entendida aqui como estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e dos cuidados com saúde.

profissional de Serviço Social deve aplicar os seus conhecimentos. No entanto essa ótica reducionista perde ao desconsiderar que a formação do Assistente Social permite, entre outras possibilidades, que ele planeje políticas de atendimento que possam atuar na origem dos problemas apresentados.

Sistemas de atendimento que percebam o ser humano em sua individualidade, sempre procurando respeitar a dignidade do paciente, oferecendo a ele um acolhimento global, e não apenas limitado à patologia que justificou a sua internação.

O objetivo maior na dinâmica da humanização é garantir à pessoa doente a confiança de que será incondicionalmente aceita e cuidada. A partir de então se firmará a verdadeira humanização no atendimento. Mas enquanto persistirem questões de vinculação apenas contratual, se tornará sem sentido a relação entre instituição e usuário.

Durante o processo de estágio nos hospitais, constatou-se a necessidade de trabalhar a humanização com os funcionários, ou seja, cuidar também de quem cuida como um fator indispensável para a abrangência de uma humanização completa.

O projeto piloto de humanização no atendimento hospitalar criado pela empresa UNIMED de Florianópolis, vai para seu quarto ano de desenvolvimento. Partindo das avaliações dos resultados obtidos até então se constatou como já havia citado Anjos (2002, p.67) “a necessidade de ter um profissional de serviço Social que atue frente ao Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar”. É necessário atribuir uma autonomia frente às questões em relação aos Prestadores de Serviço e UNIMED, que possa mediar e intervir frente à demanda trazida pelos clientes internados.

A preocupação da UNIMED em avaliar e resolver questões sobre a qualidade de seu cuidado, sob o ponto de vista do cliente, seria uma atitude prudente, o qual não ocorre na prática. Também revelaria sua prudência quanto à sua responsabilidade moral pelo bem

estar do cliente conseqüente ao seu cuidado, como também ao cuidado que delegou, ou foi realizado em colaboração com outros profissionais, no caso aos Prestadores de Serviços.

“A prudência é uma virtude que nos leva a conhecer e praticar a mediação harmônica entre o nosso ser, o ser do paciente e os princípios científicos e éticos da profissão”. Silva (1996, p.59)

Vive-se em um mundo onde a palavra de ordem é a qualidade. Esta constante, também tem sua participação na área da saúde na busca de novas perspectivas, à procura de sua identidade e em marcha para o desenvolvimento. Nesse sentido percebe-se que a integração entre cliente/Prestadores de Serviço e UNIMED é o reconhecimento de que os valores e as responsabilidades de ambos devem ser equilibrados.

Ao Assistente Social, no desenvolvimento de suas atividades é oportunizado a compreender melhor o seu desempenho, transformando a si próprio e o meio ao qual está inserido mostrando a importância que cada um tem em buscar o significado de seu bem estar..

É imprescindível que os responsáveis pela assistência à saúde, estejam prontos a estimular e ajudar as pessoas a participarem da sua própria assistência, dar opinião e influenciar na tomada de decisões quanto às ações deliberativas ao seu tratamento, a fim de fortalecer essa interação, contribuindo, assim, para uma verdadeira transformação no processo de humanização.

Nesse sentido, o Serviço Social dá grande contribuição quando da situação de hospitalização do cliente. Um fator importante também se refere à atenção que o Assistente Social presta a família, atuando como mediador e condutor.

Para que se consiga atingir um modelo mais humano da assistência com a participação do cliente é preciso desenvolver atitudes simples, que não venham a ferir a

identidade, valores e crenças dos clientes, pois somente dessa maneira a interação vai sendo percebida, tanto na comunicação verbal quanto na não verbal.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Disponível na internet <http://www.ans.gov.br> Acesso em maio de 2003.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos de seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas. (Org). **BRASIL: radiografia da saúde**. São Paulo: UNICAMP/IE, 2001.

BRASIL. Sistema único de Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. In: CRESS 12ª Região. **Coletânea de Leis**. Florianópolis, 1996. p. 111.

_____. **Constituição da República do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro gráfico, 1998.

_____. **Legislação Cooperativista**. Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971.

_____. **Regulamentação sobre planos e seguros privados de assistência à saúde**. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

BRESSAN, Carla Rosane; BRAGA, Lea Lúcia Cecílio. Fórum Nacional de Assistência Social: debatendo uma política para o Brasil. In: **Política de Assistência Social: Uma Trajetória de Avanços e Desafios**. Cadernos ABONG, 1991.

CAMPOS, V. F. Qualidade total padronização de empresas. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.

CENTRAL NACIONAL UNIMED. **II Manual de Referências das Ações do Serviço Social no Sistema UNIMED**. São Paulo, 2001.

COHN, Amélia e et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONTREIRAS, Djalma Chastinet. A filosofia e a prática. In: MEMORIAL UNIMED 25 ANOS. **Cooperativismo médico**: perspectivas para o próximo milênio. São Paulo: Cartaz, 1992. v.3.

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED DO BRASIL. Disponível na Internet <http://www.unimed.com.br>. Acesso em maio de 2003.

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO – UNIMED FLORIANÓPOLIS. Disponível em <http://www.unimedflorianopolis.com.br>. Acesso em maio de 2003.

CORRADI, Ézia Maria. Análise institucional do hospital Cajuru. Curitiba: [sn], 1994. Mimeografado.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**, n.62. São Paulo: Cortez. 2000.

DUARTE, Cristina M. R. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico UNIMED. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas. (Org). **BRASIL**: radiografia da saúde. São Paulo: UNICAMP/IE, 2001.

ERDMANN, Alacoque L. A complexidade no cotidiano de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar. Florianópolis: UFSC, 1995.

ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil. São Paulo: Cortez, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. Saber profissional e poder institucional. São Paulo: Cortez, 1985 [3ª ed; 1991].

FONSECA, Poty Colaço. **O Serviço Social e a Humanização do Atendimento ao Cliente Hospitalizado**: uma proposta para a UNIMED Florianópolis, 2002. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no Serviço Social. São Paulo, Cortez, 1995.

- IRION, João Eduardo Oliveira. **Cooperativismo e economia social**. São Paulo: STS, 1997.
- LAURELL, Asa Cristina. **Avançando em direção ao passado**: Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 1991.
- MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: J.C. Mezomo, 1995.
- MIRANDA, Roberto L. **Qualidade Total**: rompendo as barreiras entre a teoria e a prática. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MOORE, Christopher W. **O Processo de Mediação**: estratégias práticas para a resolução de conflitos/ Christopher W. Moore; trad Magda França Lopes – 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Paulo Prado: retrato do Brasil**. In: MOTA, Lourenço Dantas (Org). Introdução ao Brasil. Um banquete no trópico. 2ª ed., São Paulo: SENAC, 2001.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e tendências da seguridade social brasileira. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 22, n.65, mar. 2001.

PADILHA, Maria Itayara de Souza. **A qualidade total como recurso para a assistência de enfermagem hospitalar:** administração em saúde. São Paulo, v.18, n.5, p.273-279. set/out 1994.

PISTONO, Marcos Heitor. Dimensões da qualidade e gestão da qualidade total em organizações médico-hospitalares. Rio de Janeiro: Corbã, 1995.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1997.

RECH, Olívia. **A importância das ações do Serviço Social na UNIMED:** uma perspectiva educativa. 1996. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RICCIARDI, Luiz; LEMOS, Roberto J. **Cooperativa:** a empresa do século XXI. Rio de Janeiro: LTR, 1999.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. **Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sócio-política ao redimensionamento de suas funções sociais.** In: Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CEFESS / ABEPS, 1998.

SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Brasília: Imprensa nacional, 1998.

SILVA, A. Percepção dos enfermeiros a respeito do apoio emocional oferecido aos pacientes cirúrgicos. In _____. III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

SILVA, Sandra Honorato. **Controle da qualidade assistencial de enfermagem:** implementação de um modelo. São Paulo, 1994. (Tese de Doutorado).

SILVA, Rebeca Ribeiro e WALLNER, Sílvia D. **UNIMED Florianópolis:** Cooperativismo – Sistema UNIMED. Departamento de Desenvolvimento Cooperativista, 1999. Apresentação de Slide.

SILVA, Ruvani Fernandes. A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica. Florianópolis, 1996 (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Direito à saúde**: discurso, prática e valor – Uma análise nos países do Mercosul. Florianópolis: Departamento do curso de graduação em Serviço Social, 1999. Mimeografado.

SOARES, Kelly Mattos. **O Serviço Social na UNIMED**: uma proposta de humanização no atendimento prestado. 2001. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

UNIMED DO BRASIL. **Manual de Intervenção do Serviço Social nas UNIMED's**. São Paulo, 1997.

WALLNER, Sílvia. **Projeto de Humanização Hospitalar**. Florianópolis, 1999. (projeto do Departamento de Desenvolvimento Cooperativista).

YAMAMOTO, Rita Miako. A adequação dos profissionais de enfermagem para o cuidado de qualidade numa organização. Curitiba, 1997. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) Universidade do Paraná – Convênio REPENSUL.